

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

261

Année 1893

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 21 juin 1893, à 1 heure.

Par ALFRED S. GUBB

Né à Abingdon (Angleterre), le 2 juillet 1857.

Membre du Collège des Chirurgiens d'Angleterre,
Licencié du Collège des Médecins de Londres,

LE PLACENTA

DANS LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Et sa croissance après la mort du fœtus

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. $\left\{ \begin{array}{l} \text{POTAIN, professeur.} \\ \text{JALAGUIER} \\ \text{VARNIER} \end{array} \right\}$ *agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA SEMAINE MÉDICALE

31, Rue Croix-des-Petits-Champs, 31

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 21 juin 1893, à 1 heure.

Par ALFRED S. GUBB

Né à Abingdon (Angleterre), le 2 juillet 1857.

Membre du Collège des Chirurgiens d'Angleterre,
Licencié du Collège des Médecins de Londres,

LE PLACENTA

DANS LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Et sa croissance après la mort du fœtus

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. { POTAIN, professeur.
JALAGUIER } *agrégés.*
VARNIER }



PARIS

IMPRIMERIE DE LA SEMAINE MÉDICALE

31, Rue Croix-des-Petits-Champs, 31

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
	SEE (G.).
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	N.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
	LE FORT.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETERER.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	vaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON CHER MAITRE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LAWSON TAIT

Professeur de gynécologie à Queen's College, Birmingham,
Chirurgien consultant du Samaritan Hospital for Women.

Faible témoignage de reconnaissance.

LE PLACENTA

DANS LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Et sa croissance après la mort du fœtus.

Nous nous proposons de nous occuper de plusieurs points touchant le rôle et la croissance du placenta dans les gestations extra-utérines, points qui n'ont été jusqu'à présent qu'imparfaitement élucidés et qui semblent mériter une attention particulière, vu l'intérêt spécial qui s'y rattache et leur importance au point de vue du pronostic et du traitement de cette curieuse anomalie. Les grossesses ectopiques étant généralement pour ne point dire toujours tubaires, c'est à cette dernière variété que s'adressent nos observations.

La manière dont le placenta se comporte dans ces cas, a toujours présenté un grand intérêt pour les gynécologistes, tant à cause de la divergence d'opinion qui existe au sujet de la meilleure méthode de traiter le placenta, qu'à cause des différentes anomalies de développement qui peuvent se présenter, et qui tendent à compliquer la situation. Le plus grand danger que courent les malades au cours de l'opération de l'ablation du kyste dans la grossesse ectopique, tient principalement à des causes qui se rattachent à la partie de l'opération ayant pour but d'enlever le placenta.

La forme et la structure du placenta, dans la grossesse ectopique sont assez variables et cette variation dépend de la situation anormale du placenta lui-même. D'après M. Hermann (*Obstet. Transactions*, Vol. 24), on rencontre deux variétés distinctes de placenta ectopique. Dans l'une, le placenta est mince, large et possède des attaches étendues;

dans l'autre, au contraire, le placenta est une masse épaisse, plus épaisse et plus dense qu'un placenta normal, et ressemble un peu à du poumon hépatisé. Dans cette dernière variété les rapports vasculaires au point d'insertion sont moins intimes et l'on peut tenter l'ablation du placenta sans craindre l'hémorrhagie foudroyante, qui ne manquerait pas de se produire dans l'autre variété. On a émis l'hypothèse, sur laquelle je reviendrai en traitant de la possibilité d'une croissance réelle du placenta, que la transformation en une masse charnue s'effectue après la mort du fœtus.

Dans un cas, rapporté à la Société Britannique de Gynécologie par M. Howard Barret il s'agit d'une femme qui a succombé au cinquième mois d'une grossesse ectopique, par suite de l'hémorrhagie consécutive à la rupture d'un sac fœtal. (*British Medical Journal*, 1891). L'autopsie a démontré qu'il n'y avait pas de placenta proprement dit, mais qu'il existait sur les parois intérieures du kyste trois ou quatre grandes plaques, de couleur pourpre, ayant des bords bien définis, et composées en apparence de tissu placentaire. Deux de ces plaques étaient réunies par un réseau vasculaire léger tandis que les deux autres étaient tout à fait distinctes l'une de l'autre. L'ulcération, cause de la rupture, avait débuté dans la plaque qui était située à l'extrémité du kyste. L'hémorrhagie paraissait provenir des vaisseaux de cette plaque qui avaient été lésés. Quant au cordon ombilical il n'aboutissait pas à cette dernière plaque, mais à une autre, située au centre du plus grand axe du kyste. Ces plaques ne causaient pas de saillie appréciable à la surface du kyste, mais leurs éléments anatomiques pénétraient jusque dans l'épaisseur de ses parois.

En ce qui concerne la conduite à tenir envers le placenta lors de l'opération, on n'admet plus, en Angleterre du moins, le précepte qui jusqu'à présent a servi de guide aux chirurgiens, à savoir, « qu'en cas d'adhérence du pla-

centa, que l'enfant soit vivant ou mort, il ne faut pas tenter l'ablation de l'organe adhérent mais attendre son élimination spontanée en se contentant de laver la cavité du kyste avec une solution antiseptique ». Toutefois, si les attaches du placenta se trouvent être très étendues et si, comme il arrive assez fréquemment, l'organe est fixé au cul-de-sac recto-vaginal, à une profondeur telle que l'on ne peut atteindre sa partie profonde, il convient sans doute de le laisser en place à cause de l'impossibilité d'arrêter l'hémorrhagie qui ne manquerait pas de se produire si l'on tentait l'ablation. Si cependant le placenta est inséré plus haut, soit à la paroi abdominale, soit à l'utérus, soit enfin sur un point accessible aux procédés hémostatiques, le chirurgien pourra et devra même alors tenter le décollement en l'effectuant aussi rapidement que possible.

M. Horrocks (Obstetrical Society, avril 1893) dit avoir employé ce procédé avec succès dans plusieurs cas et il est nettement d'avis qu'il vaut mieux pratiquer l'ablation immédiate du placenta chaque fois que les conditions sont favorables, c'est-à-dire, lorsque sa situation et le peu d'étendue de son insertion le permettent.

Il est évident que laisser le placenta en place dans la cavité péritonéale jusqu'à dégénérescence complète expose la femme aux risques de l'intoxication septique contre laquelle les lavages antiseptiques ne suffiront pas toujours à la protéger.

M. Handfield Jones (Harveian Society, avril 1893) relate une observation de grossesse ectopique très avancée. Il réussit à extraire l'enfant qui pesait environ 3 kilogrammes, mais n'osa tenter l'ablation du placenta en présence de l'étendue et de la profondeur des adhérences que celui-ci avait contractées avec les parties avoisinantes. La femme ayant succombé à l'opération, on constata dans le corps même du placenta la présence de grosses veines dont la principale aboutissait à la veine cave inférieure. Dans

ces conditions l'ablation du placenta aurait infailliblement occasionné une hémorrhagie foudroyante. L'auteur insiste sur le fait que le riche réseau vasculaire dont il a été question avait conservé au placenta toute sa vitalité et il en conclut qu'on ne saurait s'attendre à ce qu'un tel placenta subisse des modifications rétrogressives après la mort ou l'extraction du fœtus. Il se demande, en effet, que peut devenir un placenta pourvu de telles attaches vasculaires.

A la même séance, MM. Alban Doran et Cullingworth ont relaté d'autres cas analogues. L'observation de M. Cullingworth présente un intérêt tout particulier, en ce qu'elle semble venir à l'appui de ce fait que certains placentas continuent à se développer après la mort du fœtus. Le décollement des bords du placenta permet de constater que de sa face postérieure partaient plusieurs grosses veines qui communiquaient, d'autre part, avec les veines iliaques. La présence de ces veines indiquait un remarquable développement vasculaire et il n'y a pas de raison, dit M. Cullingworth, pour qu'un tel placenta cesse de croître après la mort du fœtus.

Toutefois, d'autres causes peuvent modifier la structure du placenta ectopique. Après la rupture de la grossesse tubaire, l'embryon et le placenta (si leur évolution est assez avancée) viennent occuper un sac formé par l'expansion de la trompe et enveloppé par les feuillets disjoints du ligament large. La paroi inférieure de cette cavité est formée par du tissu conjonctif et par le muscle élévateur de l'anus. Les effets de cette dislocation graduelle du placenta dépendent principalement de la position qu'occupait le placenta au début. M. le docteur Berry Hart (d'Edimbourg), a, en effet, démontré que si l'embryon est placé au-dessus du placenta ce dernier a une tendance à s'abaisser dans le mésométrium jusqu'à ce qu'il soit arrêté par le plancher pelvien. Si, au contraire, l'embryon est placé au-

dessous du placenta il se fraie un passage, accompagné de ses membranes, à travers les lames du mésométrium, et le placenta, repoussé en haut par suite de la croissance de l'embryon, occupe dans ce cas une position assez élevée dans l'abdomen. Lorsque le placenta est ainsi peu à peu repoussé jusque dans l'épaisseur du mésométrium, sa structure subit de profondes altérations. Les villosités choriales deviennent bien moins distinctes, on y trouve de petites extravasations de sang et les cellules déciduales sont moins bien conformées et aussi moins nombreuses. D'après les observations de M. Berry Hart le déplacement du placenta, de la muqueuse jusque dans le tissu conjonctif, a pour résultat de changer le placenta en une masse de villosités comprimées, la sérotine étant détruite et remplacée par des caillots organisés. Lorsque l'embryon est situé au-dessus du placenta, les altérations du tissu placentaire sont moins prononcées, parce qu'alors le déplacement est moindre. Il est très important de se former une idée exacte des changements de structure que subit le placenta au cours du déplacement dont nous venons de parler, car ces changements exercent une très grande influence sur le cours de la grossesse. Ils mettent la vie de la mère en péril et sont le plus souvent cause de la mort du fœtus. La tension constante à laquelle est soumis le péritoine qui recouvre le kyste ectopique peut d'un moment à l'autre, occasionner une rupture et produire ainsi un détachement partiel, tout au moins, du placenta, et par conséquent, une hémorrhagie grave, soit dans le sac, soit dans la cavité péritonéale. Les dangers qu'entraîne une grossesse ligamentaire sont beaucoup plus grands que ceux qui résultent d'un placenta prævia, par exemple.

Lorsque l'œuf fertilisé est arrêté dans son trajet à travers la trompe de Fallope, les parois de la trompe s'hypertrophient et subissent un certain degré de vascularisation. Le tube se distend et les villosités du chorion appar-

tenant au kyste fœtal pénètrent à travers la membrane muqueuse jusque dans la couche musculaire. Cependant, selon Léopold, les villosités ne pénètrent jamais à travers les parois des vaisseaux maternels. Les vaisseaux de la trompe et du ligament large se multiplient. Dans toutes les variétés de grossesse extra-utérine les rapports de l'œuf avec la surface sur laquelle il s'est implanté consistent en des adhérences vitales entre les villosités choriales et les tissus sous-jacents. Ce fait a été établi par MM. Braxton Hicks et Englemann. Comme il n'y a pas de membrane caduque, le processus diffère complètement de celui que l'on observe dans l'utérus où la sérotine joue un rôle important et actif dans l'établissement des attaches vasculaires entre les parties maternelles et ovulaires du placenta. Au contraire, la muqueuse tapissant le tube ne joue, d'après Sutton, qu'un rôle insignifiant dans le développement du placenta ectopique. Après un certain laps de temps, le développement de l'œuf dans la trompe provoque une rupture des parois de celle-ci lesquelles sont évidées et affaiblies par l'invasion des villosités choriales. En outre, la partie de la paroi tubaire à laquelle le placenta est fixé se trouve immobilisée par suite des adhérences placentaires et ne peut se distendre à mesure que l'œuf augmente de volume. En conséquence, quand le sac fœtal, par suite de sa croissance, tire sur les parois affaiblies, ce tiraillement en détermine la déchirure. L'œuf s'échappe du sac et tombe, soit entre les feuillets du ligament large, soit dans la cavité péritonéale, selon le point où se trouve la solution de continuité. En effet, si la déchirure se produit au point exact où les lames du péritoine, après avoir enveloppé la trompe, se rejoignent et forment mésentère, l'hémorrhagie a lieu entre les feuillets du ligament large qu'elle sépare violemment. Si, au contraire, la déchirure a lieu sur une autre partie de la circonférence, elle intéresse le péritoine lui-même et le sang s'épanche dans la cavité

péritonéale. Toutefois, comme c'est le sort du placenta qui nous occupe ici, il est inutile de poursuivre cette question plus loin, quelque intéressante qu'elle soit.



Coupe de la trompe montrant la direction de la rupture (1) dans la cavité péritonéale (2) entre les feuillets du ligament large, *a* caillot au point de rupture, *b* paroi de la trompe, *c* cavité du ligament large, *d* ses feuillets séparés par l'effusion sanguine.

Quand le fœtus s'échappe du sac, le détachement du placenta peut avoir lieu immédiatement en s'accompagnant de graves symptômes d'hémorrhagie interne. Cependant si l'hémorrhagie n'amène pas la mort de la mère à bref délai, soit que la déchirure n'ait que des dimensions restreintes, soit que l'effusion du sang se trouve arrêtée par la résistance des feuillets disjoints du ligament large, l'œuf peut échapper à la mort et le placenta peut, de même, rester en place et continuer à pourvoir aux besoins du fœtus.

Des observations rapportées par M. Tait et par d'autres, montrent le placenta recouvert de villosités fraîchement détachées faisant saillie à travers la déchirure. M. Tait, en effet, possède les pièces anatomiques provenant d'un cas

où il semblerait que le fœtus ait continué à se développer au milieu des intestins quelque temps après la rupture du sac. Dans ce cas le placenta avait contracté des adhérences avec l'épiploon et les parois intestinales. On voit encore des fragments de villosités qui sont restés implantés sur la surface de l'épiploon. M. Tait a présenté cette observation à la réunion annuelle de la *British Medical Association* au mois de juillet 1890 et nous avons pu examiner ces pièces et vérifier nous-même les faits avancés par l'auteur. Le fœtus mesure environ 15 centimètres de longueur et les parois du tube témoignent de plusieurs ruptures successives suivies d'hémorrhagies, sans que celles-ci eussent été assez abondantes pour déterminer la mort du fœtus, auquel les adhérences vasculaires que le placenta avait contractées avec les parois intestinales avait permis d'atteindre cette période de son développement. Cette observation présente un certain intérêt en ce qu'elle explique comment on a pu croire à la grossesse abdominale primaire. Il n'existe pas de raisons bien apparentes pour que le placenta fraîchement séparé, ne puisse se créer de nouvelles attaches vasculaires. Le fait même que le fœtus survit quelquefois à la rupture du kyste et après son passage dans la cavité péritonéale tend à prouver que le placenta peut à la rigueur continuer à remplir ses fonctions précisément au moyen de ces nouvelles attaches. Quelquefois, il est vrai, le fœtus seul s'échappe du sac laissant le placenta en place, mais il peut arriver aussi, que lors de la rupture, le placenta lui-même se détache au moins en partie et dans ce cas il se peut alors qu'il contracte des adhérences avec les surfaces avoisinantes.

Après la mort du fœtus le placenta peut : 1° se consolider en perdant sa vascularité et disparaître par voie de résorption; 2° il peut subir l'hépatisation suivie d'atrophie, ou même s'infiltrer de sels calcaires; 3° enfin, il peut continuer à s'accroître.

Une étude approfondie de la bibliographie de ce sujet, assez volumineuse du reste, nous laisse croire que dans les cas où la grossesse est relativement avancée la marche est la suivante : Après la mort du fœtus, quelle qu'en soit la cause, la circulation du sang dans le placenta se trouve diminuée et le placenta subit en conséquence la dégénérescence graisseuse, le sang s'épanche dans sa substance et il devient hépatisé. Si le processus dure un temps suffisamment long les caillots peuvent s'organiser. Le point essentiel, c'est que dans un délai de six à huit semaines après la mort du fœtus, la circulation placentaire se trouve tellement diminuée que l'on ne court plus aucun risque à tenter l'ablation. S'appuyant sur ces faits, certains chirurgiens hésitent à opérer avant que ces altérations aient eu le temps de s'effectuer. Toutefois, on peut se demander jusqu'à quel point il est de bonne chirurgie de laisser ainsi, pour des raisons plus ou moins hypothétiques, la femme exposée aux risques qu'entraîne la présence dans l'abdomen d'un kyste ectopique pendant un laps de temps indéfini.

Il y a lieu de croire cependant que, dans les cas où la mort du fœtus survient à une époque moins avancée de la gestation, la dévascularisation et la dégénérescence du placenta peuvent très bien ne pas se produire et que, par conséquent, celui-ci peut continuer à se développer. La possibilité de cette survie du placenta est de la plus haute importance, car en présence d'une telle complication, quelque peu fréquente qu'elle soit, la marche à suivre ne manquerait pas d'être profondément modifiée.

Dans un certain nombre de cas de laparotomie pour grossesse ectopique, on n'a retrouvé que des masses considérables de tissu placentaire, dont la structure était plus ou moins altérée. Quelquefois, les dimensions de la masse placentaire se trouvent être hors de toute proportion avec celles du fœtus; dans d'autres cas, il ne reste plus de trace

de fœtus et le diagnostic de grossesse ectopique repose alors uniquement sur la présence de villosités choriales.



Coupe de placenta extra-utérin montrant les villosités choriales
(Bland Sutton).

Autrefois, quand la pathologie de la grossesse ectopique était moins bien comprise, on n'admettait le diagnostic d'une grossesse de cette nature qu'en présence du fœtus ou, du moins, des débris de fœtus, et on se contentait de mentionner la découverte « d'une masse charnue ». Actuellement encore, il y a des chirurgiens qui se refusent à reconnaître la grossesse en l'absence du fœtus. On est généralement d'accord cependant sur la valeur, au point de vue

du diagnostic, de la présence de villosités choriales; lors même qu'il ne reste aucune trace d'éléments embryonnaires.

La disparition du fœtus n'a pourtant rien qui doive nous surprendre. L'existence de cette petite masse de protoplasma, à peine différenciée, se trouve menacée dès le début. Sa situation anormale et les relations anatomiques du kyste fœtal l'exposent à de nombreux accidents dont il suffit d'un seul pour entraver la circulation placentaire et déterminer la mort de l'embryon. Pendant les premières semaines de son existence, les éléments anatomiques dont se compose le fœtus sont particulièrement fragiles et s'il survient une gêne de la circulation entraînant sa mort, les restes du fœtus n'offrent pas de résistance à la dégénérescence et leur absorption ne tarde pas à s'accomplir. La vitalité du placenta, plus résistant de sa nature, peut ne pas se trouver compromise et il peut même, bénéficiant de la mort du fœtus, se développer avec un surcroît de vigueur.

Si nous observons ce qui se passe dans l'utérus même, dans des circonstances analogues, nous voyons en effet que la mort du fœtus dans la matrice provient le plus souvent d'altérations pathologiques d'origine placentaire (décollement, apoplexie, etc.). Il en résulte que la mort du fœtus est suivie à bref délai du détachement du placenta et de son expulsion accompagné du fœtus et de ses membranes. Si, au contraire, la mort du fœtus est la conséquence d'un vice de conformation ou d'une affection purement fœtale, la vitalité du placenta, alors en plein fonctionnement et étroitement uni à la muqueuse utérine, n'est pas nécessairement diminuée. Dans un certain nombre de cas, par conséquent, la mort du fœtus n'entraîne pas nécessairement un trouble de la circulation placentaire suffisant pour mettre en mouvement l'appareil vaso-moteur, source première des altérations de structure qui précèdent la con-

traction du muscle utérin et l'expulsion du produit de la gestation. Etant données ces conditions, il n'y a pas de raison pour que le placenta, pourvu d'étroites attaches vasculaires avec la muqueuse utérine, ne continue pas à s'accroître. Par suite de causes encore inconnues, le développement ultérieur du placenta peut donner lieu principalement à la formation de tissu conjonctif et d'une « môle charnue », c'est-à-dire, d'une masse dense, d'apparence hépatique et ne présentant, le plus souvent, aucune trace de fœtus; ou bien, l'énergie vitale détournée par la mort prématurée du fœtus peut se concentrer sur les villosités choriales qui subissent alors une hypertrophie myxomateuse très prononcée et forment le produit conceptionnel connu sous le nom de « môle hydatidiforme ». Le fait que la partie fœtale du placenta peut ainsi continuer à s'accroître après la mort du fœtus mérite une attention particulière, par rapport aux faits que nous détaillons plus bas.

Il est rare de trouver des débris de fœtus dans des cas de ce genre. Malgré cela on ne saurait nier l'origine conceptionnelle de ces masses insolites. Tôt ou tard, soit que la croissance anormale du placenta ait atteint son terme, soit que cette croissance, rapide ainsi qu'irrégulière, excite les contractions de l'utérus, la masse est expulsée et la gestation prend fin. Il reste à signaler une autre forme de croissance placentaire, savoir, le polype placentaire. Celui-ci résulte de la prolifération des cellules dont se composent les fragments placentaires restés adhérents aux parois de l'utérus après l'accouchement. Ces adhérences sont cause que ces fragments n'ont pas suivi la masse placentaire lors de son expulsion; elles indiquent l'existence d'étroites attaches avec la muqueuse utérine et ces fragments dans lesquels la circulation se trouve ainsi assurée, circonstance qui les met à même de résister à la dégénérescence et même de croître dans une certaine mesure. La condition indispensable au développement subséquent du

placenta dans l'utérus paraît donc être la persistance d'attaches vasculaires étroites avec la muqueuse utérine et à cette condition, un fragment de placenta, même tout à fait isolé, peut, à la rigueur, continuer à s'accroître.

Quand, au lieu de se développer dans l'intérieur de l'utérus, le placenta se forme à la surface du péritoine ou ailleurs, s'assurant ainsi d'une quantité suffisante de sang, il n'y a pas de raison pour que le processus que nous avons décrit comme ayant lieu dans l'utérus, n'ait pas lieu hors de cet organe. L'appareil nervo-musculaire si délicat de l'utérus en état de grossesse, dont le fonctionnement détermine ordinairement l'expulsion du contenu au moment voulu, fait défaut dans la grossesse extra-utérine. Il s'ensuit que les forces qui amènent l'expulsion du placenta intra-utérin dans les cas de dégénérescence de l'œuf, sont hors de cause quand la gestation est ectopique. *Ceteris paribus*, le placenta serait plus apte à conserver sa capacité de développement hors de l'utérus que dans l'intérieur de cet organe.

A première vue, la mort du fœtus et la dégénérescence et l'absorption de la masse placentaire, paraissent offrir le moyen le plus simple d'empêcher les accidents graves auxquels sont exposées les femmes chez qui cette anomalie se présente. C'est en se basant sur ces arguments que l'on a imaginé des méthodes de traitement ayant pour but de causer la mort du fœtus dans l'espoir de mettre fin ainsi à une situation pleine de danger pour la mère. On a conseillé la ponction du kyste fœtal (procédé qui n'a jamais donné de résultats bien satisfaisants); l'injection de substances toxiques dans le sac; et plus récemment, on a eu recours au passage d'un courant électrique à travers le kyste, procédé dont quelques gynécologues américains paraissent avoir même abusé. Il est vrai que ces méthodes, à en croire leurs adeptes, ont donné d'excellents résultats, mais la valeur des statistiques est de beaucoup diminuée par

le fait, qu'en cas de succès, le diagnostic reste toujours nécessairement incertain.

Si, dans quelques cas où le traitement n'a pas donné le résultat attendu, le diagnostic s'est trouvé confirmé par l'opération à laquelle on a dû recourir en dernier lieu, cela tient sans doute à ce que l'insuccès était la conséquence logique de la présence avérée d'une gestation extra-utérine, c'est-à-dire, que ces méthodes de traitement échouent souvent en présence de gestations extra-utérines dont l'existence ne saurait être mise en doute. Le diagnostic, dans les premiers temps de la grossesse extra-utérine, est du reste toujours difficile et parfois impossible — du moins c'est l'opinion de M. Lawson Tait qui avoue que, la seule fois qu'il lui a été donné d'examiner une femme avant la période de rupture, il s'est mépris sur la nature de son affection. En effet, on a peu l'occasion d'étudier ces cas au début, parce que la femme n'éprouve pas généralement des symptômes assez prononcés pour l'obliger à requérir l'assistance du médecin. Ce n'est que lorsque la rupture du kyste détermine une hémorrhagie, généralement abondante et parfois foudroyante, que l'on soupçonne la vraie nature de la complication.

En théorie, si l'on pouvait amener la mort du fœtus par l'un ou l'autre de ces procédés, le danger le plus pressant pour la mère serait écarté, mais il en resterait encore au moins un et des plus graves, le développement subséquent du placenta qui expose la femme à une hémorrhagie immédiate et mortelle à la suite de la rupture du kyste.

Dans un certain nombre de cas de grossesse extra-utérine qui ont été traités aux Etats-Unis et ailleurs au moyen du courant électrique, on a dû recourir en désespoir de cause à la laparotomie pour sauver la mère des dangers qui la menaçaient. Dans deux au moins des cas où la non-réussite du traitement électrique a rendu la lapa-

rotomie nécessaire, on a retrouvé la grosse masse placentaire caractéristique avec un fœtus dont les dimensions se trouvaient être infimes par rapport à celles du placenta, ou sans trace aucune de fœtus. Il se peut fort bien que le courant électrique ait accompli, dans ces cas, ce que fait la nature dans d'autres, c'est-à-dire, déterminé la mort du fœtus à une époque peu avancée de la grossesse extra-utérine et que le placenta, ayant conservé toute sa vitalité, ait continué à s'accroître jusqu'à ce que la compression des viscères ait rendu indispensable l'intervention du chirurgien.

Les cas abondent où lors de l'opération pour l'ablation du sac amniotique, on n'a retrouvé que la masse placentaire, avec peu ou point de traces de fœtus, ce qui nous autorise à conclure que le placenta a survécu à la mort du fœtus et n'a pas cessé de croître.

M. le docteur Récamier a bien voulu nous communiquer l'observation suivante d'un cas de ce genre opéré par lui. A. D..., tapissière, âgée de quarante ans, fut admise à l'hôpital Saint-Michel souffrant depuis plusieurs semaines d'hémorrhagies abondantes, accompagnées de douleurs violentes et subites. Réglée à l'âge de quinze ans, les périodes ont été régulières. A vingt ans elle se marie et en cinq ans elle a deux enfants et fait deux fausses couches. Remariée à l'âge de vingt-sept ans, elle a eu deux autres enfants. Sa dernière couche a été précédée d'une perte de sang et a eu lieu dans le huitième mois de sa grossesse. Quelques semaines avant son entrée à l'hôpital, elle ressentit de vives douleurs dans le ventre survenant brusquement à la suite d'un retard de huit jours dans ses règles. Les douleurs ont persisté avec une grande intensité pendant toute la nuit et le lendemain une hémorrhagie se déclara par le vagin, ce qui produisit un soulagement immédiat de la douleur. Depuis cette époque la métrorrhagie a persisté, accompagnée de douleurs dans le côté droit,

symptômes que la marche aggravait considérablement, tandis qu'ils étaient en partie atténués par le repos. Par le palper abdominal on trouve une masse dure, pyriforme, remplissant la fosse iliaque droite et très adhérente à la paroi de l'abdomen. Cette tumeur ne dépasse pas la ligne médiane, mais s'étend à droite jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, à laquelle elle semble adhérer. En haut, elle atteint le niveau de l'ombilic. La pression sur cette tumeur est pénible sans être extrêmement douloureuse. Au toucher vaginal on sent que les culs-de-sac sont libres, la tumeur n'étant reliée à l'utérus que par une sorte de cordon induré contenu dans le ligament large droit. Le col de l'utérus est entr'ouvert comme au début d'un avortement. On diagnostique un hématosalpinx ou une grossesse extra-utérine et on décide de faire la laparotomie. L'opération a lieu le 10 novembre sous chloroforme. Incision médiane remontant jusqu'à l'ombilic. Après l'incision du péritoine on tombe sur une tumeur du volume de la tête d'un enfant à terme, adhérente par presque toute sa périphérie. Antérieurement les adhérences avec le péritoine pariétal cédèrent assez facilement, mais celles qui s'étaient formées à la partie postérieure avec les anses intestinales étaient, au contraire, très résistantes. On sépara par la dissection deux anses d'intestin grêle, mais on dut cependant laisser une plaque adhérente de 4 à 5 centimètres carrés, en prenant la précaution de la cautériser au thermocautère. Pendant la décortication de l'intestin, une petite perforation eut lieu dans l'enveloppe du kyste, à travers laquelle une certaine quantité de sang noir et de caillôts peu volumineux s'échappèrent dans la cavité péritonéale. L'ovaire et la trompe du côté gauche présentaient des dimensions normales et paraissaient sains. L'utérus était un peu augmenté de volume, et la trompe droite était dilatée jusqu'à son insertion au cône utérin. Ayant fait une incision dans la tumeur, on s'aperçoit qu'elle est formée de la

trompe très dilatée et contenant un sang noir et des caillots. Les parois de la trompe sont très épaisses et l'ovaire se trouve accolé au pavillon de la trompe. Sur la face postéro-supérieure on distingue très nettement un placenta ayant les dimensions d'un placenta au troisième ou quatrième mois de gestation, sans trace de cordon ombilical. Le contenu du kyste pas plus que ses parois ne contenait pas trace d'embryon. Les suites de l'opération ont été satisfaisantes.

Le docteur John Williams (*Obstet. Transactions*, vol. 29) rapporte un cas de grossesse extra-utérine opéré dans la trente-cinquième semaine de gestation avec un fœtus vivant. On n'a pu détacher le placenta qui fut laissé en place. Pendant deux semaines après l'opération, il a conservé son caractère fluctuant, puis il est devenu solide et résistant. Un mois plus tard, cependant, on a pu constater qu'il restait encore dans ses tissus du sang liquide et que selon toutes les apparences il n'avait pas perdu sa vitalité.

On trouve dans le Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales, de Dechambre, à l'article « Grossesse », une observation qui vient jusqu'à un certain point à l'appui de l'hypothèse de la croissance persistante du placenta après la mort du fœtus et qui, en outre, paraît démontrer le danger réel auquel la femme est exposée de ce fait. Il y est question, en effet, d'une femme admise dans le service de M. Pinard, à l'hôpital Lariboisière, et qui mourut d'une péritonite survenue à la suite de la rupture d'un kyste ectopique. A l'autopsie on a retrouvé, logée dans la fosse iliaque droite, en arrière de l'utérus et à droite du kyste fœtal sur lequel elle paraissait greffée, une masse du volume des deux poings, bosselée, noirâtre, d'apparence spongieuse, tout entourée de caillots. Au niveau de la partie inférieure de cette masse, à l'endroit où elle reposait sur le fond de la fosse iliaque, les caillots étaient plus abondants qu'ailleurs. C'était là évidemment le point

de départ de l'hémorrhagie. En effet, on a constaté en écartant les caillots, que la masse contenait une cavité de la grosseur d'une noix. Ce n'était autre chose qu'un foyer hémorrhagique placentaire, la masse en question étant constituée par le placenta considérablement hypertrophié. La masse placentaire, nettement distincte du kyste foetal, était entourée d'une membrane peu adhérente, semblant faire partie de la membrane du kyste et put en être facilement isolée et extraite. On trouva alors sur la paroi kystique, au niveau du point d'insertion du placenta, une perforation à contours irréguliers, à bords nettement limités et organisés, qui livrait passage au cordon, resté adhérent au placenta. Cet organe pesait 425 grammes. En le sectionnant on y trouva çà et là des foyers hémorrhagiques dont l'un superficiel et s'ouvrant dans la péritoine, a été le point de départ de l'hémorrhagie terminale. Le fœtus pesait 625 grammes et mesurait 30 centimètres de long. Il avait macéré et nageait dans un liquide purulent de couleur jaune-verdâtre. Quoiqu'on ne rencontre pas dans cette observation les disproportions entre les dimensions du placenta et celles du fœtus que j'ai déjà signalées, il est clair que le placenta avait conservé sa vitalité après la mort du fœtus et que sa croissance continue a vraisemblablement déterminé la rupture du sac, cause de l'hémorrhagie mortelle. La mort du fœtus remontait évidemment à quelque temps sans que la circulation placentaire eût subi les altérations usuelles en pareilles circonstances.

Tout dernièrement MM. Lawson Tait et Christopher Martin ont communiqué à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres une observation intéressante au point de vue de cette question encore si vivement controversée. Il s'agit d'une femme mariée, âgée de vingt-huit ans, ayant eu un enfant deux ans auparavant. Deux mois avant son entrée à l'hôpital de Birmingham, elle fut prise de douleurs intenses dans le bas-ventre et de syn-

cope. La température s'éleva brusquement et l'abdomen devint très sensible. Quinze jours plus tard, l'attaque se renouvela, la douleur se localisant plutôt dans la fosse



iliaque gauche. La malade avait toujours été régulièrement réglée. Au toucher l'utérus était plus gros et moins mobile qu'à l'état normal. Aucun symptôme, d'ailleurs, qui indiquât l'existence de la grossesse.

On fit la laparotomie et l'on trouva la cavité péritonéale remplie de caillots dont quelques-uns de formation récente tandis que les autres remontaient à une date antérieure. Les annexes utérines droites étaient adhérentes, mais saines; la trompe gauche renfermait un sac amniotique de la grosseur d'une orange. Il existait une déchirure de l'amnios, à travers laquelle le fœtus, qui mesurait environ 2 cent. 1/2 de longueur, avait pénétré dans la cavité péritonéale. La masse tubaire était en grande partie formée de tissu placentaire, infiltré de sang. Les villosités du chorion n'avaient pas leurs rapports ordinaires et avaient contracté des adhérences avec le tissu de la trompe. MM. Tait et Martin pensent qu'il s'était produit une rupture du sac amniotique au deuxième mois d'une grossesse tubaire, et que, selon toute probabilité, le placenta avait continué à s'accroître après la mort du fœtus. Dans tous les cas, le placenta avait les dimensions que présente d'ordinaire cet organe dans une grossesse de sept mois, tandis que l'âge du fœtus ne paraissait pas dépasser sept à huit semaines.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler que Morgagni (*De sectibus et causis morborum*) était d'avis que, « dans les cas où le placenta est plus volumineux que le fœtus, l'organe a continué à croître après la mort du fœtus; la petite taille de ce dernier serait même cause que son existence échappe plus facilement à l'observation. »

Dans un autre cas rapporté par M. Herman (*Idem*, vol. 27) le fœtus pesait trois livres et demie et le placenta deux livres, disproportion assez frappante.

M. Bantock (*Journal de la Société Britannique de Gynécologie*) publie l'observation d'une femme qu'il a opérée pour une grossesse ectopique de la trompe droite. La tu-

meur, y compris le placenta, avait les dimensions d'une tête d'adulte. Le fœtus avait passé à travers une déchirure et la poche se trouvait dans la fosse iliaque gauche, n'ayant plus aucune attache avec le placenta. Ce dernier atteignait les dimensions d'un placenta à terme tandis qu'il était évident que le fœtus avait succombé vers le quatrième mois de la gestation. M. Bantock se trouve donc contraint d'admettre que le placenta avait continué à croître après la mort du fœtus.

MM. Hart et Barbour citent dans leur *Manuel de Gynécologie* le cas d'une femme âgée de vingt-quatre ans qui n'avait pas été réglée pendant deux mois et se croyait enceinte. Depuis trois mois elle avait eu d'abondantes hémorragies à des intervalles irréguliers, survenant deux ou trois fois par mois. On a constaté la présence d'une tumeur dans le bassin. Cette tumeur comprimait le vagin et se trouvait accolée à l'arche pubienne. Elle avait les dimensions d'une grossesse utérine d'environ quatre mois et demi. On a pratiqué la ponction du kyste et la femme a succombé avec des symptômes d'hémorrhagie interne. A l'autopsie faite après congélation du cadavre, on trouva un fœtus de 15 centimètres de long, le sommet de l'utérus était placé à 12 cent. 1/2 au-dessus de la symphyse pubienne. Le col était attiré en haut au point de causer l'oblitération des culs-de-sac. Le sac amniotique se retrouvait dans le repli de Douglas et sa cavité était occupée presque exclusivement par le placenta. Le fœtus avait les dimensions d'un fœtus au troisième mois de gestation. D'après les auteurs, le dénouement fatal fut déterminé par une hémorrhagie causée par la croissance persistante du placenta. M. Tait ajoute qu'en parcourant les observations qui ont rapport à des grossesses ectopiques, on trouve de nombreux faits qui ne s'expliquent que par l'hypothèse de la survie du placenta avec croissance persistante.

Le docteur Mendès de Léon (d'Amsterdam) relate un cas

dans lequel il a observé des faits à peu près semblables (*Journal de la Société Britannique de Gynécologie*. Nov. 1891). Il ne paraît pas disposé toutefois à admettre l'explication qu'en a donnée M. Tait, et il émet des doutes sur l'existence d'hémorrhagies causées par la croissance sub-séquente du placenta. Probablement, dit-il, il n'est pas question du développement d'un vrai tissu placentaire, mais plutôt de la formation d'un polype dit placentaire, variété de dégénérescence fréquemment observée après l'avortement incomplet. Cette explication nous paraît manquer de netteté car il n'indique pas comment on peut distinguer entre la croissance du placenta lui-même et l'excroissance à laquelle il décerne le titre de polype, désignation en tous cas peu correcte lorsqu'elle est appliquée à une partie quelconque d'un placenta extra-utérin.

Il nous serait facile de donner de nombreux exemples de ce genre de gestation ectopique dans lesquels l'opérateur, à la recherche du kyste extra-utérin, n'a retrouvé qu'une masse placentaire avec un fœtus très petit ou même sans trace de fœtus. Nous nous bornerons donc à citer les observations suivantes recueillies dans le service de M. Lawson Tait qui a bien voulu m'autoriser à m'en servir. Les pièces anatomiques se rapportant à ces cas, se trouvent actuellement dans le musée de Queen's College, à Birmingham.

1° La rupture du kyste a eu lieu, à ce que l'on croit, après la dixième semaine de gestation extra-utérine. Le placenta était entouré d'une quantité considérable de caillots. Il formait une masse arrondie de la grosseur des deux poings, adhérent à la surface interne de la trompe. Après l'incision de la cavité amniotique, on constata qu'elle était de très petites dimensions et contenait à peine la valeur de trois cuillerées à café de liquide amniotique. Mais pas de trace d'embryon.

Dans le deuxième cas, le fœtus mesurait 6 centimètres,

la mort paraissait remonter à une époque assez éloignée car il avait à moitié macéré, tandis que le placenta avait atteint les dimensions d'un placenta au quatrième ou cinquième mois d'une gestation normale. Il avait même contracté des adhérences aux intestins et à l'épiploon, adhérences dont la rupture partielle avait déterminé des hémorragies répétées. Ce sont celles-ci qui ont nécessité l'opération. Nous trouvons des conditions identiques dans les cas numéros 24, 30, 32, 37. /m

Dans un cas rapporté par M. Samuel Haye (de Leeds), la femme avait dépassé le neuvième mois de grossesse, après un faux travail suivi de la mort du fœtus. Trois mois plus tard la mère succombe aux complications et quoique l'enfant ait atteint le poids assez rare de 2 livres 1/2, le placenta était néanmoins encore relativement bien plus gros.

Kustner (*Handbuch der Geburtshilfe*) décrit le placenta dans les cas de gestation extra-utérine comme étant de structure très élémentaire et en tous points différent du placenta normal, tant par l'enchevêtrement des parties maternelles et fœtales que par l'absence des lacunes dans lesquelles plongent ordinairement les villosités choriales. Bien que cette description puisse très bien s'appliquer aux préparations faites par l'auteur, on ne saurait l'accepter d'une façon absolue car les lacunes se retrouvent dans plusieurs préparations que nous possédons. 7

Nous n'avons pu constater aucune différence essentielle dans la structure du placenta dans les deux cas, sauf la tendance à l'extravasation sanguine qui distingue le placenta extra-utérin. Il est difficile d'admettre du reste que le placenta extra-utérin se développe nécessairement d'une façon incomplète, puisqu'il suffit, dans un certain nombre de cas, à nourrir le fœtus jusqu'à terme.

J'espère avoir démontré par les observations précédentes que dans la gestation ectopique le placenta peut augmenter de volume après la mort du fœtus, mais il n'est pas facile

de s'assurer à l'œil nu ou au microscope, quels sont les éléments de la structure placentaire qui participent à cette croissance, si c'en est une réellement. On constate le plus souvent lors de l'opération, une congestion intense du parenchyme placentaire, accompagnée d'une exudation sanguine remplissant les interstices de sa structure et lui donnant une consistance ferme. On trouve les lacunes occupées par une masse fibrineuse, et les villosités chorionales, ayant subi la dégénérescence hyaline, sont reconnaissables seulement par leurs contours. Les apparences microscopiques nous laissent croire que si la partie fœtale ne continue pas son évolution au sens physiologique du mot, les cellules dont elle se compose multiplient et forment du tissu conjonctif embryonnaire dont les mailles en se contractant finissent par étrangler les éléments essentiels au placenta. Dans tous les cas, on éprouve souvent une grande difficulté à démontrer la présence de tissu placentaire dans ces masses informes et ce n'est parfois qu'après des recherches patientes que l'on retrouve çà et là quelques villosités atrophiées.

M. Berry Hart, dans un travail qu'il a bien voulu nous communiquer, s'étudie à combattre les conclusions tirées par des observateurs dont il ne conteste cependant pas la compétence sur cette question de la croissance du placenta après la mort du fœtus. Il maintient que leurs conclusions ne reposent pas sur des données suffisantes. Avant de pouvoir affirmer cette croissance, dit-il, il faut démontrer que le placenta se trouve être plus petit dans les cas où le fœtus est encore vivant que dans ceux où l'on a affaire à un fœtus mort depuis quelque temps. Or, il est à remarquer précisément que le placenta n'atteint ces dimensions disproportionnées que dans les cas où il est évident que la mort du fœtus remonte déjà à une époque plus ou moins éloignée. Les observations recueillies sur les cas où l'opération a été faite immédiatement après les

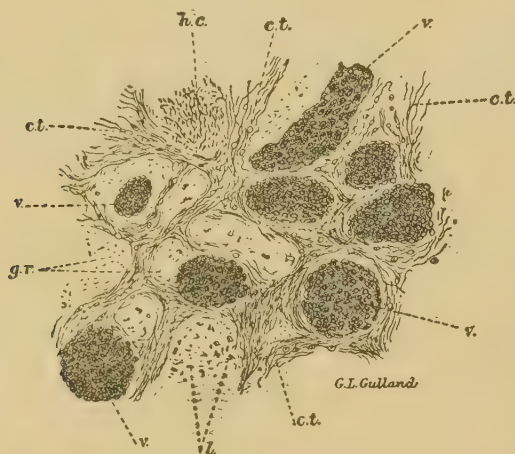
premiers symptômes de rupture du sac, c'est-à-dire immédiatement après l'accident qui a déterminé la mort du fœtus, portent à croire que si les dimensions du placenta par rapport au fœtus ne sont pas celles que l'on observe normalement dans la grossesse intra-utérine, la disproportion extrême que nous venons de signaler n'existe pas non plus. Ce fait n'est pas sans importance, puisqu'on prétend que la croissance exagérée du placenta a lieu pendant la vie du fœtus et non après sa mort.

M. Berry Hart rapporte quatre cas très intéressants de grossesse ectopique sur lesquels il appuie ses objections aux conclusions sus-énoncées. Le premier était un cas de grossesse intra-ligamentaire et les autres de grossesse abdominale. Il a pu faire des coupes après congélation et il donne aussi le résultat de l'examen microscopique du tissu placentaire.

Grossesse intra-ligamentaire. — Dans ce cas, le sac, au quatrième mois environ de la grossesse, était enveloppé par le ligament large. Le fœtus se trouvait placé en bas, tandis que le placenta était adhérent à la paroi supérieure de la poche. Le fœtus n'était nullement décomposé, mais il était moins bien développé que l'on aurait pu s'y attendre. La masse placentaire, très ferme et très résistante, se trouvait reliée à la surface extra-péritonéale en haut du ligament large et mesurait sept centimètres verticalement et cinq centimètres dans le sens horizontal.

Au microscope, on a pu constater que le placenta renfermait des villosités choriales qui ne ressemblaient ni dans leur structure ni dans leur disposition, à celles du placenta normal. D'une distribution moins régulière, elles étaient aussi beaucoup moins nombreuses. Le tissu conjonctif dont elles étaient formées était devenu plus dense et montrait les cellules pressées les unes contre les autres. On ne trouva que des vaisseaux capillaires dans quelques-unes de ces villosités.

La couche d'épithélium pavimenteux qui recouvre généralement les villosités chorales, faisait quelquefois défaut



Placenta extra-utérin à quatre mois et demi. X 200. *v* villosités chorales, *h c* cristaux d'hématoïdine, *l* leucocytes, *g r* débris granuleux.

et ces dernières au lieu de plonger dans des cavités remplies de sang, ainsi qu'on le voit dans les coupes du placenta normal, se trouvaient enveloppées de tissu conjonctif ordinaire contenant parfois un peu de tissu adipeux et quelques fibres de muscle lisse. Ce tissu conjonctif était fortement comprimé dans le voisinage des villosités et renfermait de nombreux leucocytes dans ses interstices. Le tissu conjonctif contenait un grand nombre de vaisseaux, mais il a été impossible de démontrer un rapport quelconque entre ceux-ci et les villosités. Le détail le plus remarquable dans les coupes était la présence d'une très grande quantité de cristaux d'hématoïdine. Ces cristaux provenaient évidemment d'anciennes extravasations sanguines apparemment de dates différentes. On trouve, en effet, des masses de la grosseur d'un pois, composées exclusivement

de cristaux de toutes dimensions. Dans le voisinage des villosités ces agglomérations sont de dimensions moindres. Il ne restait plus trace d'hématies, mais les plus petites de ces extravasations présentaient encore de nombreux leucocytes qu'on trouvait aussi sur les confins des plus grandes. Ces dernières étaient entourées de tissu conjonctif de nouvelle formation. Les extravasations sanguines avaient eu pour effet la séparation des villosités du tissu conjonctif qui entouraient quelques-unes d'entre elles et plongeaient dans des masses de cristaux.



Placenta extra-utérin à terme. X 250. *v.* villosité choriale, *h. c.* cristaux d'hématoïdine, *c. t. c.* cellules conjonctives, *c. t. f.* tissus conjonctif, *l.* leucocytes.

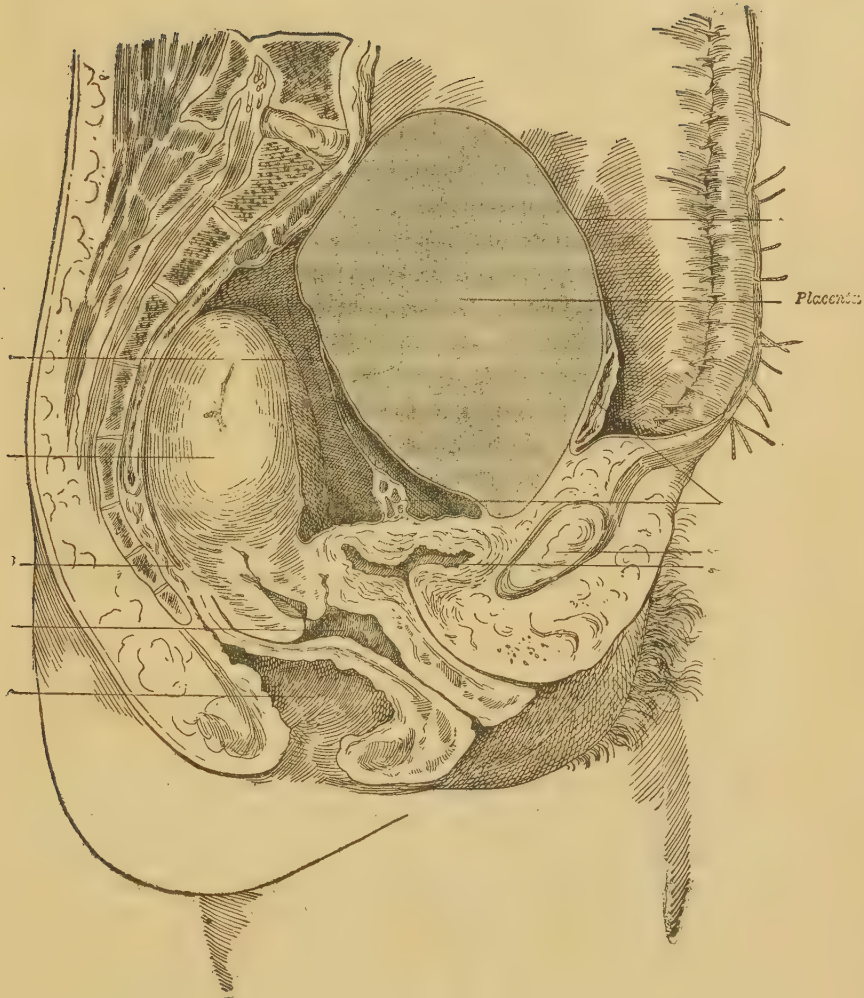
2° Cas de grossesse ectopique extra-péritonéale, ayant dépassé neuf mois (HART et BARBOUR, *Edinburgh Medical Journal*. Vol. XXXIII, p. 332). Le fœtus était assez bien développé et n'était que légèrement décomposé. Il

pesait environ deux livres. Le placenta s'était implanté sur la face externe du péritoine tapissant la paroi abdominale antérieure. Il mesurait 14 centimètres sur 9 et était de forme globulaire. En apparence, ainsi qu'au toucher, il ressemblait à du foie durci par le séjour dans l'alcool. Vu au microscope, il paraissait se composer de tissu conjonctif parsemé de plaques de cristaux d'hématoïdine et renfermant des villosités allongées dont l'épithélium avait subi une dégénérescence hyaline.

Ces villosités avaient subi de moins grandes modifications toutefois que dans les préparations décrites plus haut, les altérations portaient plutôt sur leur disposition et leur forme que sur leurs éléments anatomiques. Les tiges des villosités se trouvaient isolées par du tissu conjonctif, provenant apparemment de caillots de sang organisés. Il y avait de nombreux capillaires dans les parties les plus anciennes où l'organisation avait eu le temps de s'accomplir.

3° Dans un autre cas de grossesse abdominale à terme, le fœtus se trouvait hors de la cavité péritonéale, et au-dessus de la vessie. La femme avait été réglée pour la dernière fois au commencement du mois de juillet 1890. Au mois de septembre des vomissements graves se sont déclarés, suivis d'une perte de sang par le vagin, faisant croire à un avortement, la membrane caduque ayant été rejetée avec le sang. Pendant plusieurs semaines encore, la malade a éprouvé des douleurs intenses dans l'abdomen. Les mouvements du fœtus ont cessé à partir du mois d'avril suivant, puis les douleurs sont devenues moins fortes et le ventre a diminué de volume. Par le palper, on a constaté la présence d'une tumeur s'étendant du bassin et de la fosse iliaque droite, aux côtes inférieures gauches.

Cette tumeur mesurait environ 20 cent. dans le sens vertical. On sentait la tête du fœtus au-dessous des côtes gauches. Les extrémités du fœtus se trouvaient en avant et à droite. Pas de bruits fœtaux ni de souffle. Au toucher



Coupe verticale (faite après congélation) d'une femme portant une gestation ectopique et montrant l'énorme masse placentaire (Berry Hart).

G.

5.

vaginal le col utérin laissait à peine passer l'extrémité de l'index. A travers la paroi supérieure du vagin, on sentait une masse arrondie et élastique. Des symptômes de péritonite et d'occlusion intestinale se déclarèrent à la suite de la dilatation du col et M. le professeur Simpson pratiqua la laparotomie le 22 mai. Après l'extraction du fœtus on découvrit que le cordon ombilical avait été rompu à environ cinq centimètres de l'ombilic. On a renoncé à l'idée d'enlever le placenta qui se trouvait en bas. La malade succomba le 24 mai. Le fœtus, qui pesait cinq livres et mesurait 50 cent. de long, était parfaitement développé et ne présentait en fait de difformité qu'un pied bot droit. On a enlevé le bassin, que l'on a fait congeler. On l'a alors sectionné dans la direction sagitto-médiale. L'utérus était en rétroversion marquée et le placenta était situé en dehors du péritoine et au-dessus de la vessie, dans la ligne médiane. Il formait une masse arrondie mesurant 10 cent. dans tous ses diamètres. Il était ferme au toucher, et de grosses veines sillonnaient ses surfaces antérieure et postérieure.

Au microscope, la structure du placenta se rapprochait de celle du placenta normal beaucoup plus que celle de ceux que nous avons déjà décrits. Les villosités montraient la même abondance et à peu près la même disposition que dans le placenta normal, sauf la présence çà et là d'une villosité isolée. On a retrouvé les mêmes foyers d'extravasation sanguine avec cristaux d'hématoïdine, principalement entre les villosités. Peu ou point de tissu conjonctif de provenance maternelle.

4° M. Hart rappelle en dernier lieu une observation portant sur un cas de grossesse ectopique intra-péritonéale parvenue à terme. Le placenta était resté dans la trompe tandis que le fœtus et la poche amniotique s'étaient échappés dans la cavité péritonéale. M. Halliday Croom a fait la laparotomie et a retiré un fœtus mort.



Placenta extra-utérin à terme X 50, *v. s.* villosités choriales, *b. c.* cristaux d'hématoïdine, *f.* fibrine.

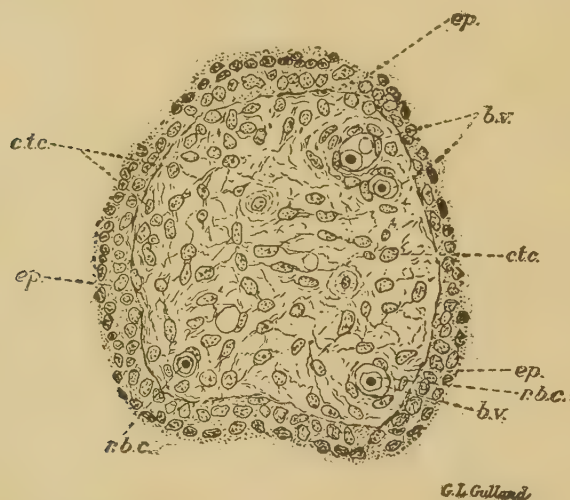
En ce qui concerne le placenta, on a remarqué : 1° Un élargissement de la trompe proportionnel à la croissance du placenta, le processus hypertrophique portant sur les couches musculaires aussi bien que sur le tissu conjonctif, mais principalement sur ce dernier ; 2° la proportion de ces deux éléments anatomiques était en sens inverse de ce que l'on trouve à l'état normal, le tissu conjonctif étant en excès ; 3° le tissu conjonctif était très dense, et 4° la disposition normale en deux couches n'était pas conservée, les fibres formant des groupes irrégulièrement disposés ; 5° les vaisseaux sanguins étaient énormément dilatés au point d'at-

tache du placenta et les sinus les plus larges étaient situés dans la profondeur du tissu conjonctif; 6° des trabécules partant des parois de la trompe portaient les vaisseaux sanguins au placenta; 7° la couche épithéliale qui tapisse habituellement la trompe faisait complètement défaut; les éléments glandulaires que l'on trouve dans la grossesse intra-utérine ne se retrouvaient pas ici; 8° les cellules déciduales étaient absentes des parois du kyste qui renfermait le placenta; 9° lors de l'opération, le placenta, qui formait une masse ovoïde, se trouvait à gauche du bassin et remontait à 8 centimètres au-dessus du détroit supérieur; 10° après la mort de la femme, qui arriva trente-six heures après l'opération, on constata que la forme du placenta avait été modifiée par suite d'une extravasation du sang dans sa substance, qui avait eu pour effet de détruire une grande partie de sa structure; 11° les coupes microscopiques montraient que les parties non détruites du placenta présentaient la structure du placenta normal; 12° il restait des villosités attachées aux parois du sac amniotique; 13° dans plusieurs endroits, l'extravasation du sang avait déterminé des altérations structurales dans les villosités choriales, qui étaient comprimées et avaient perdu leur enveloppe épithéliale. Dans d'autres coupes, on constata une sorte de dégénérescence hyaline des vaisseaux, dont la plupart étaient oblitérés. On rencontre des caillots de sang non altérés; 14° l'enveloppe amniotique du kyste ressemblait à l'amnion normal; 15° la couche choriale sous-jacente à l'amnion était très épaisse et donnait naissance aux villosités; 16° le kyste secondaire, formé du péritoine et tapissé par la membrane amniotique, présentait des rugosités.

M. Berry Hart cherche à expliquer les altérations observées dans le placenta des premiers cas cités par lui, comme suit : — « Il ne se peut faire dit-il, que ce soit la partie fœtale du placenta qui ait subi un développement après la

mort du fœtus, car la mort du fœtus entraîne celle de ses annexes. Dans la grossesse ectopique avancée il n'y a pas de tissu placentaire propre au fœtus excepté le tissu conjonctif». L'auteur ne voit donc aucune raison pour que ce tissu soit susceptible de croissance lorsque les villosités ont perdu leur raison d'être. Il fait observer que l'augmentation de volume du placenta que l'on trouve dans ces cas, dépend uniquement de la présence d'extravasations de sang. Il ne voit pas de raison non plus pour que ces extravasations soient causées par la mort du fœtus et il estime qu'elles résultent de conditions particulières créées par la position vicieuse du placenta. D'après lui, donc, les extravasations ont lieu avant et non après la mort du fœtus. Il nie en somme que cette hypothèse soit nécessaire pour expliquer les dimensions disproportionnées qu'affecte fréquemment le placenta dans les gestations ectopiques. Il affirme que jamais les villosités choriales ne s'implantent d'emblée sur le péritoine, affirmation qui lui sert de base pour nier — par un raisonnement qui me semble manquer de logique — la possibilité de la croissance subséquente du placenta. Il fait observer que dans aucun des cas rapportés par lui il n'existait les mêmes rapports entre l'époque à laquelle le fœtus est mort et les dimensions du placenta. Comme il lui faut cependant donner quand même l'explication d'un fait incontestable, à savoir, la grande disproportion qu'on rencontre entre les dimensions du fœtus et celle du placenta, il suggère l'explication suivante : — Partant de l'opinion qu'il n'existe pas de grossesse intra-péritonéale primitive, c'est-à-dire, de grossesse dans laquelle le placenta s'attache en premier lieu au péritoine, il affirme que la grossesse abdominale a pour point de départ une grossesse tubaire ; le placenta demeurant après la rupture dans le tissu extra-péritonéal ou plus rarement dans la trompe. Le fœtus peut également s'échapper et se loger dans le ligament large, allant parfois, à la suite d'une

rupture secondaire, jusque dans la cavité péritonéale. Il insiste sur ce fait que dans les cas où le placenta est appelé à se développer hors de sa situation naturelle dans l'utérus, on observe deux phénomènes qui n'ont pas lieu dans la grossesse normale intra-utérine : 1° Le placenta extra-utérin se recouvre d'une membrane séreuse qui le sépare des tissus sous-jacents et 2° il se trouve déplacé soit en haut soit en bas par la croissance du fœtus. Si le fœtus est placé au-dessus, le déplacement peut ne pas être considérable, mais le contraire a lieu, si, par contre, c'est le placenta qui se trouve au-dessus du fœtus. C'est à ce déplacement graduel qu'il attribue ces altérations dans la structure du placenta qui ont pour résultat des épanchements sanguins. Il dit avoir démontré (*Edinburgh Med. Journal*, 1891) que lorsque ces altérations sont peu prononcées, les enfants sont proportionnellement mieux développés.



Coupe transversale d'une villosité choriale d'un placenta normal à la sixième semaine d'une grossesse intra-utérine, X 400, *e. p.* couche épithéliale double, *c. t. c.* cellules conjonctives, *b. v.* vaisseaux sanguins, *r. b. c.* hémateis.

Dans les cas où, par suite de la position du fœtus par rapport au placenta, le déplacement n'avait pas lieu, la structure du placenta n'avait pas subi d'altérations de nature à compromettre son intégrité fonctionnelle et, par conséquent, les dimensions du placenta ne dépassaient pas la limite ordinaire.

Examinons maintenant ces arguments un à un. J'ai déjà cité plus haut la môle, dite hydatidiforme, comme exemple de la croissance de la partie fœtale du placenta après la mort et la disparition du fœtus. Du reste, il n'est pas nécessaire pour expliquer la croissance persistante du placenta, de prouver que cette croissance porte sur l'une ou l'autre de ses parties. Nous affirmons — et nos affirmations sont basées sur des observations d'ordre clinique — que le placenta peut augmenter de volume après la mort du fœtus. Or, l'importance de ce fait ne dépend nullement de la nature histologique de ce phénomène. Les dangers que cette condition entraîne pour la mère sont d'ordre mécanique en ce que, quelle que soit la nature de cette augmentation dans le volume du placenta, elle peut déterminer la rupture du kyste et une hémorrhagie mortelle. Que ce soit à la suite de la formation de tissu conjonctif ou bien par une véritable prolifération des cellules choriales, peu importe, l'hypothèse de la croissance persistante du placenta ne comporte qu'une augmentation de volume suffisante pour déterminer la rupture soit de la poche amniotique, soit du kyste secondaire.

Sans aborder la question de savoir si les villosités ne se greffent jamais sur le péritoine en premier lieu, il est indiscutable que, dans certaines conditions, ce phénomène peut se produire à une époque plus avancée de la grossesse. En effet, la pièce n° 19 de la collection de M. Tait, démontre d'une façon formelle que cette greffe des villosités sur le péritoine peut avoir lieu à la suite de la rupture de la trompe de Fallope, siège d'une gestation ectopique

avec décollement partiel du placenta. On voit, en effet, que le placenta, qui faisait saillie à travers la déchirure, s'est créé de nouvelles attaches avec la surface péritonéale avoisinante. Il existe même des faits assez nombreux pour prouver que cette greffe est possible en ce qui concerne la formation de liens vasculaires. Il est naturellement difficile de fixer d'une façon précise, par l'observation immédiate des faits, l'époque où a lieu cette augmentation dans le volume du placenta, c'est-à-dire d'établir si elle précède ou suit la mort du fœtus. Lors même qu'on admettrait l'explication de M. Berry Hart en ce qui concerne le genre de placenta ectopique qui devient très dense et se trouve pour ainsi dire en dehors de la circulation, on ne saurait l'admettre pour les placentas qui ont conservé leurs attaches vasculaires et dont l'opérateur se garde de tenter l'ablation, de crainte de l'hémorrhagie que le décollement ne manquerait pas de produire. Un placenta vivant veut dire un placenta susceptible de s'accroître, car on ne conçoit pas que le développement puisse prendre fin si la vitalité persiste. Les rapports qui existent entre le fœtus et le placenta dans une grossesse extra-utérine ne sont pas indispensables à la vitalité de ce dernier, quoique en général la mort du fœtus détermine un ralentissement de la circulation placentaire et un arrêt dans le développement de l'organe. Je ferai observer, en outre, que la tumeur continue souvent à croître jusqu'au moment de son ablation, et cela malgré des preuves irrécusables fournies par l'examen des pièces que la mort du fœtus remonte à une époque plus ou moins éloignée. La disparition par voie de résorption du fœtus nécessite un délai appréciable, et quand on ne trouve plus de traces du fœtus, on est en droit de supposer que sa mort n'est pas récente. Or, si ces conditions se réalisent dans une tumeur qui n'a cessé de s'accroître, il est évident qu'il y a eu croissance placentaire après la mort du fœtus.

CONCLUSIONS

Des faits et des arguments qui précèdent, il paraît rationnel de conclure :

1° Que lors de l'opération pour grossesse extra-utérine, il convient de tenter l'ablation du placenta, chaque fois que le peu d'étendue de ses attaches et la possibilité de contrôler l'hémorrhagie qui peut en résulter, le permettent ;

2° Que le placenta, dans les cas de grossesse ectopique où son déplacement, résultant d'une insertion vicieuse, n'a pas occasionné de lésions organiques susceptibles de mettre un terme à son développement, peut conserver sa vitalité après la mort et même après la disparition du fœtus ;

3° Que dans les conditions sus-énoncées, le placenta peut continuer à croître après la mort du fœtus ;

4° Qu'il est important, lors de l'opération, d'effectuer l'ablation du placenta, quand cela est possible, afin que la femme ne reste pas exposée aux dangers que pourrait entraîner le développement ultérieur du placenta.

BIBLIOGRAPHIE

- HERMAN. *Obstetrical Society Transactions*, t. 29, p. 506.
HART and BARBOUR. *Edinburgh Medical Journal*, Oct. 1887.
BERRY HART. *Edinburgh Medical Journal*, Oct. 1889 and 1891.
BLAND SUTTON. *Diseases of Ovaries and Fallopian Tubes*.
TAIT. *Diseases of Women*, vol. I, 1889, *Ect. Gestation*;
Obstetrical Transactions, t. 29, p. 504.
THORNTON. *Obstetrical Transactions*, p. 85.
British Gynæcological Journal, vol. IV, p. 37.
British Medical Journal, 1889-1891.
La Semaine Médicale, 1892.
The Medical Week, 1893.
SKENE KEITH. *Diseases of Women*.
DECHAMBRE. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.
GOODALL. *Lectures on Diseases of Women*.
New York Medical Record.
MORGAGNI. *De Sedibus et Caustis morborum*.
-

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

